

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 34.640

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Neftiane Ismael

Date de naissance : 12/10/2009

Adresse :

Tél. : 0666198524

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Fr claudic

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/09/93 | C9 | | 250,00 | Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue INPE: 091036897 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Dr. BEKKALI YOUSSEF Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue | 04/09/93 | RDX | 250,00 |
| INPE: 091036897 | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

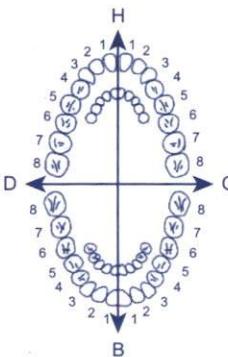
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

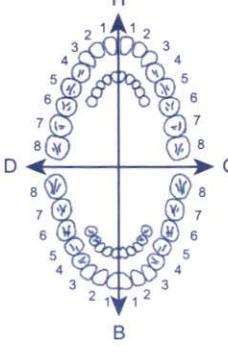
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|----------------|------------------|-------------|--|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|-------------------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 35533411 11433553 |
| G | | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Bekkali Younes

CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE ET TRAUMATOLOGUE



الدكتور البكالي يونس
جامعة العظام والمفاسد

Laureat De La Faculté De Médecine De Casablanca

Attestation de formation spécialisée (Universités de Lyon et Amien) France

Ancien interne des Hôpitaux de France

Ancien chirurgien des Hôpitaux de Tiznit et d'Inzegane

Chirurgien vacataire à la polyclinique CNSS - Agadir

دبلوم التخصص في جامعة العظام والمفاسد بكلية الطب بالدار البيضاء

شهادة التكريم المختص بجامعة ليون وأميان بفرنسا

طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا

طبيب جام ساير بمستشفيات تيزنيت وإنزكان

طبيب جام بمصدقة الضمان الاجتماعي

04/09/2023

Note d'honoraire

SEFIANE ISMAIL

| Désignation | Montant |
|------------------------|---------|
| • Consultation | 250.00 |
| • Radio épaule droit F | 250.00 |

Total Honoraires en MAD

500.00 DH

Dr. BEKKALI Younes
Chirurgien Orthopédiste
Traumatologue
INPE: 091036897

095903040

رقم 24 الطابق 3 عمارة إراكاني شارع الجيش الملكي الشفاف، أكادير

✉ drbekkaliyounes@gmail.com

للحالات المستعجلة 06 51 53 06 87

06 61 11 09 58 ☎

Dr. Bekkali Younes

CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE ET TRAUMATOLOGUE



الدكتور البكالي يونس
جراحة العظام والمعافصل

Laureat De La Faculté De Médecine De Casablanca

Attestation de formation spécialisée (Universités de Lyon et Amiens) France

Ancien interne des Hôpitaux de France

Ancien chirurgien des Hôpitaux de Tiznit et d 'Inzegane

Chirurgien vacataire à la polyclinique CNSS- Agadir

دبلوم التخصص في جراحة العظام و المفاصل بكلية الطب بالدار البيضاء

شهادة التكوين المتخصص بجامعة ليمون أميان بفرنسا

طبيب داخلية سابقاً بمستشفيات فرنسا

طبيب جام سارق بمستشفيات تانبيت وإنزكان

طبيب جام بمصحة الضيمان الاجتماعي

04.10.2023

Mr / Mme Sefiane ismael

Examen demandé : épaule droit - F

COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE

→ maladie en place
- absence de déplacement
→ Conclusion

Dr. BEKKALI Younes
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue
INPE 091036297

0525903060

N° 24, 3eme Étage , immeuble l'Arganier- Avenue des FAR. Agadir مراكش شارع الجيش الملكي الشفاف. أكادير

✉ drbekkaliyounes@gmail.com

06 51 53 06 87 للدعايات المس تعجلة

06 61 11 09 58 ☎